

## セカンドオピニオン外来 申込・同意書

「岡谷市民病院セカンドオピニオン外来受診のご案内」を読み内容に同意のうえ、セカンドオピニオン外来を申し込みます。

年 月 日 ご相談者氏名(署名) (続柄: )

患者様 氏名・性別	様 男・女
患者様 生年月日・年齢	大・昭・平・令 年 月 日 歳
ご相談者 住所・電話番号	〒 -
	電話番号(日中連絡のとれる番号):
患者様 住所・電話番号 (ご相談者と違う場合のみ記入)	〒 -
	電話番号:
◆病名	
◆ご相談の目的・内容・現在の状況など	
◆入院先又は通院先	
医療機関名:	
主治医:	科 先生
所在地: 〒 -	